FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1925

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(*Diplôme d'État*)

PRÉSENTÉ PAR

MADAME MARCELLE MARTIN

née le 28 mai 1891, à MARSEILLE

LES SPONDYLITES MÉLITOCOCCIQUES

Président de thèse : M. le Professeur SICARD

PARIS

LIBRAIRIE MARCEL VIGNÉ

13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE 13

—

1926

LE DOYEN. . . M. ROGER

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS,
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	N...
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	RICHAUD.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	GILBERT. CHAUFFARD. ACHARD. WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Sans chaire	ROUVIÈRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
ABRAMI. .	Pathologie médicale.
ALGLAVE .	Pathologie chirurgicale.
AUBERTIN.	Pathologie médicale.
BASSET. .	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN.	Pathologie médicale.
BINET . .	Physiologie.
BLANCHETIÈRE.	Chimie biologique.
BRANCA .	Histologie.
BRULÉ . .	Pathologie médicale.
BUSQUET .	Pharmacologie et matière médicale.
CADENAT .	Pathologie chirurgicale.
CHAMPY .	Histologie.
CHIRAY. .	Pathologie médicale.
CLERC . .	Pathologie médicale.
DEBRÉ . .	Hygiène.
I. de JONG.	Anatomie pathologique.
DUVOIR. .	Médecine légale.
ÉCALLE. .	Obstétrique.
FIESSINGER	Pathologie médicale.
FOIX. . .	Pathologie médicale.
GARNIER .	Pathologie expérimentle.
HARVIER .	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER.	Urologie.
HOVELACQUE	Anatomie.
JOYEUX. .	Parasitologie.

MM.	
LABBÉ (Henri).	Chimie biologique.
LARDENNOIS.	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER.	Obstétrique.
LEMAITRE.	Oto-rhino-laryngologi
LEMIERRE.	Pathologie médicale.
LÉVY-SOLAL	Obstétrique.
LHERMITTE	Pathologie mentale.
LIAN. . .	Pathologie médicale.
MATHIEU .	Pathologie chirurgicale.
METZGER .	Obstétrique.
MOCQUOT.	Pathologie chirurgicale.
MONDOR .	Pathologie chirurgicale.
MOURE. .	Pathologie chirurgicale.
MULON. .	Histologie.
PHILIBERT	Bactériologie.
RIBIERRE .	Pathologie médicale.
RICHET Fils	Physiologie.
N...	Physique médicale.
TANON. .	Pathologie médicale.
VAUDESCAL.	Obstétrique.
VERNE . .	Histologie.
VILLARET.	Pathologie médicale.
WELTER .	Ophtalmologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
GOUGEROT	Pathologie médicale.
GUÉNIOT .	Obstétrique.
ERTTERER	Histologie.

MM.	
TIFFENEAU	Pharmacologie.
ZIMMERN .	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.	
AUVRAY	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.
LEREBOULLET	Clinique médicale infantile.
LÉRI	Clinique médicale.
LŒPER	Clinique médicale.
PROUST	Clinique chirurgicale.
RATHERY	Clinique médicale.
SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidents du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MA MERE

A LA MEMOIRE DE MON PERE,
le Docteur Edouard CHAIX.

A MON FRERE,
Le Docteur André CHAIX,
Chevalier de la Légion d'honneur

A MON MARI

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ROGER

Professeur de clinique neurologique
à l'Ecole de Médecine de Marseille
Chevalier de la Légion d'honneur.

A MES MAITRES
DANS LES HOPITAUX DE PARIS

A MES MAITRES
DANS LES HOPITAUX DE MARSEILLE

A MON PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur SICARD,

Professeur de Pathologie médicale
à la Faculté de médecine de Paris,
Officier de la Légion d'honneur.

Chapitre Premier

LES ARTHRITES MELITOCOCCIQUES

Historique. — Depuis que Marston, en 1863, a isolé le syndrome, clinique qu'il appelle « Fièvre rémittente méditerranéenne », depuis surtout que Bruce, en 1893, a donné une base étiologique à ce syndrome en découvrant le micrococcus mélitensis et que Wright, en 1897, en permit le contrôle chimique par le séro-diagnostic, en établissant la présence d'agglutinines dans le sérum des malades, de très nombreux travaux ont été faits sur la fièvre de Malte tant en France qu'à l'étranger.

Bruce l'a définie: « Une maladie infectieuse caractérisée cliniquement par la fièvre, les sueurs profuses, la constipation, les rechutes fréquentes et qui est accompagnée ou suivie de douleurs vives, à caractère rhumatismal ou névralgique avec parfois fluxion des articulations, et d'orchite. » Nous voyons que par leur fréquence les algies et les fluxions articulaires ont mérité de faire partie des signes définissant la mélitococcie.

D'après Eyre, les manifestations articulaires, arthrites et téno-synovites se rencontreraient dans le cinquième des cas (statistique de 1908).

Cantaloube, en 1909, élève la proportion à presque tous le scas.

Notre maître, Monsieur le professeur H. Roger, écrit en 1910 que « les symptômes articulaires et osseux sont des plus fréquents »; nous lisons dans la thèse de J. Rénald Laventure (1923) que « les déterminations articulaires sont de règle dans la fièvre de Malte ». Ici, comme dans toutes ses autres manifestations, la mélitococcie conserve son caractère de variabilité. Nous voyons en effet que les atteintes articulaires peuvent apparaître à toutes les périodes de la maladie qu'elles peuvent atteindre tous les articles, revêtir une forme aiguë, depuis la simple arthralgie jusqu'à l'arthrite suppurée, ou bien suivre un processus subaigu ou chronique.

Date d'apparition. — Le plus souvent, c'est en pleine période fébrile, après quelques semaines de maladie que se produisent les arthrites; mais elles peuvent se montrer vers la fin de l'infection au bout de 6 ou 7 mois; d'autre fois, pendant la convalescence. Plus rarement les manifestations articulaires figurent parmi les signes de début d'une mélitococcie.

Siège. — Leur siège est aussi variable que leur date d'apparition, toutefois, Cantaloube ayant étudié leur topographie sur 151 malades les classe comme suit: L'interligne sacro-iliaque est touché dans un tiers des cas; les genoux un peu moins de un quart; les épaules, 1 fois sur 6; puis viennent par ordre de fréquence: les articulations vertébrales lombaires, la hanche, les poignets, les mains et les doigts, les chevilles, les vertèbres dorsales (8 fois), les coudes, les articulations cervicales (3 fois).

Chacune de ces localisations est rarement isolée, la forme mono-articulaires se voit quelquefois, mais le plus souvent, on a affaire à des polyarthrites, le malade souffrant simultanément ou successivement de deux ou de plusieurs articulations.

Formes cliniques. — Nous avons dit que toutes les variétés cliniques pouvaient se rencontrer dans les arthrites mélicocciques, mais il en est quelques-unes qui sont fort rares.

1°. — Les plus fréquentes sont *les formes aiguës:*

1° L'arthralgie l'emporte de beaucoup sur toutes les autres puisqu'elle a été observée d'après J. Renald Laventure dans 75 % des cas environ.

Elle peut être légère, se traduire par une sensation de pesanteur, une gêne dans les mouvements; dans d'autres cas, les douleurs sont vives, elles peuvent atteindre une grande acuité, s'accompagner de contractures. Il n'y a pas d'œdème ni de rougeur de l'articulation. Généralement ces phénomènes disparaissent au bout de 4 ou 5 jours pour se reproduire souvent sur une autre articulation.

2° L'arthrite séreuse. — Plus rarement, aux phénomènes douloureux s'ajoute un épanchement plus ou moins abondant, constituant l'arthrite séreuse. Celle-ci se traduit pas une augmentation de volume de l'articulation sans rougeur ni chaleur de la peau. Pourtant, Monsieur le Professeur H. Roger a décrit un cas de « gonflement très douloureux avec rougeur localisée intense, quasi erysipélateuse », au niveau des articulations chondro-sternales. Tout avait disparu après quelques jours. En gé-

néral, l'hydarthrose retrocède en une ou deux semaines ne laissant pas de trace sur l'articulation touchée.

3° L'arthrite plastique. — Au lieu de voir l'épanchement rétrocéder en une ou deux semaines, Cantaloube a pu observer un cas d'arthrite ankylosante des deux genoux, chez une femme de 59 ans avec position vicieuse en flexion aiguë. Ceci est tout à fait exceptionnel.

4° L'Arthrite suppurée. — Bien rarement aussi, l'arthrite atteint le stade de la suppuration. Cette complication a cependant été observée au niveau des articulations chondro-sternales (Roger Narèk); de l'articulation métatarso phalangienne du premier orteil droit (Cantaloube). Toujours la guérison s'est faite rapidement et sans séquelles.

II. *Formes chroniques.* — Il semble bien que la mélitococcie n'a guère de tendance à se fixer d'une façon chronique sur les articulations, les cas exceptionnels qui ont été décrits paraissent revêtir la forme monoarticulaire. Telle la « pseudo-coxalgie » méditerranéenne (Gillot d'Alger, Cignozzi, Cantaloube). Il faut encore remarquer la guérison de cette pseudo-coxalgie, qui s'obtient complète en deux à quatre mois.

M. le Professeur Roger a publié avec Lagriffoul, en 1910, une observation de rhumatisme chronique qu'il avait rattachée à la mélitococcie en raison d'un séro de Wright + au 1/30; mais de l'avis actuel de notre maître ce taux est vraiment insuffisant pour caractériser d'une façon formelle une mélitococcie.

L'existence d'un rhumatisme chronique mélitococcique manque en ce moment de preuves.

En somme, de l'étude des phénomènes articulaires dans la fièvre de Malte on emporte la conviction de leur fréquence, de leur variabilité et de leur bégnignité presque certaine en vue de la fonction ultérieure de l'article.

Nous avons remarqué la fréquence de l'arthralgie lombaire; Cantaloube lui donne la quatrième place dans sa statistique; nous la trouvons relatée encore dans un grand nombre d'observations; mais nulle part, nous ne trouvons un syndrome aussi grave que celui qui a été étudié avec beaucoup de soins par notre Maître, Monsieur le Professeur Roger, dans les cinq observations qu'il a bien voulu nous confier et sur lesquelles s'appuyera notre modeste travail, syndrome qu'il appelle: « La Spondylite Mélicoccique.

Il semble bien que la spondylite mélicoccique ait été observée chez les animaux. En effet, Dubois, en 1910, signalant la boiterie chez la chèvre mélitococcique, liée habituellement à des arthrites et surtout à des synovites des membres a écrit: « On a pu rencontrer une chèvre, affectée d'une boiterie intense et qui présentait seulement une très vive douleur à la pression de la main sur le dos et les reins, sans altérations visibles de ces régions. »

(Etude sur la Fièvre de Malte dans le Gard, 1910. Dubois, Chef du Service vétérinaire du Gard.)

Chapitre II

ETUDE ETIOLOGIQUE

1° *Date d'apparition.* — Les crises douloureuses de la spondylite mélitococcique ne surviennent par toujours au même stade de la maladie. De l'étude des nombreuses observations publiées sur la fièvre de Malte on a pu conclure que les manifestations articulaires qui l'accompagnent se produisent quelques semaines ou quelques mois après le début de l'infection, le plus souvent vers la troisième onde de la maladie ou même pendant la convalescence. Rarement au début. Pourtant nous avons vu que Ch... a été conduit à la consultation neurologique par une lombarthrie. Pour nos autres malades, la douleur est venue tardivement 2 mois, 6 mois, 7 mois après le début.

2° *Coïncidence d'autres arthralgies.* — Pour aucun d'eux, la localisation lombaire n'a été isolée, mais pour tous, elle s'est accompagnée de manifestations douloureuses d'une ou de plusieurs autres articulations.

3° *Causes prédisposantes.*

A Passé pathologique.

Tous nos malades ont eu des antécédents pathologiques assez sérieux: ethylisme, paludisme, qui, diminuant la résistance de l'organisme les ont prédisposés aux formes graves des infections. De plus, 4 ou 5 appartiennent à la classe agricole chez qui le surmenage physique est poussé souvent à un degré extrême. Cantaloube a fort bien remarqué l'influence du surmenage sur la gravité de la mélitococcie. Le fait que les paysans sont toujours courbés sur la terre n'a-t-il pas facilité chez nos malades la localisation lombaire? C'est ici que les lésions ont présenté le plus de gravité, s'étant arrêté au stade d'arthralgie au niveau des autres articulations. Chez Ro... une autre raison peut encore expliquer cette localisation, c'est l'existence de lumbagos antérieurs, répétés.

4° *Age.* — Songeant à l'influence favorisante de lésions rhumatismales antérieures nous remarquons que tous nos malades ont dépassé 45 ans, âge où commence à être si fréquentes les atteintes de rhumatisme chronique vertébral d'origine encore indéfinie.

5° *Sexe.* — L'homme paraît plus souvent atteint que la femme; nous n'en avons pas une parmi nos malades. Cantaloube avait remarqué cette prédisposance du sexe masculin dans les mélitococcies et il l'attribuait au facteur surmenage.

Chapitre III

ETUDE CLINIQUE

Dans notre court aperçu sur les arthrites mélitococciques, nous avons noté la fréquence de la lombarthrie par rapport aux autres localisations articulaires; nous avons vu que Cantaloube en comptait 18 cas sur 151. Etudiée par rapport aux autres localisations sur la colonne vertébrale elle arrive en premier lieu dans ce même travail qui ne rapporte que 8 atteintes des vertèbres dorsales et 3 des vertèbres cervicales.

Dans nos cinq observations nous avons cinq localisations lombaires et seulement trois fois cette localisation s'est accompagnée d'arthralgie légère de la région cervicale. Rien à la région dorsale.

Douleur. — Le premier signe qui attire l'attention du malade sur cette complication est la douleur lombaire; il se plaint d'avoir « mal aux reins ».

Cette douleur qui marque rarement le début de la mélitococcie a souvent été précédée par une longue période de phénomènes morbides. D'autres algies ont pu affecter auparavant diverses articulations. Gi... a souffert

successivement de tous ses membres avant de rien ressentir dans le rachis. Pour Gal..., et pour Ch..., la lombalgie s'est montrée en premier lieu.

Cette douleur spontanée s'installe insidieusement. C'est d'abord une courbature légère, une gêne dans les mouvements de flexion de la colonne lombaire; puis la douleur devient continue, son intensité s'accroît jusqu'à l'exacerbation la plus aiguë. Le malade accuse une sensation de broiement, de battement. La marche d'abord gênée devient très difficile; le patient, ou bien se borne à faire quelques pas courbé en deux, ou bien se déplace au moyen de béquilles, rigide et contracturé, tendant à immobiliser son rachis pour atténuer sa souffrance. Un degré de plus et non seulement la marche, mais tout mouvement, devient impossible. Nous avons vu Gi... figé dans le décubitus dorsal éviter la plus légère mobilisation de la tête ou des membres, redouter la toux et l'éternuement.

Le malade localise la douleur dans la région lombaire, quelquefois dans la partie la plus basse de la région dorsale D11 et D12 pour Gi..; mais il se plaint aussi d'irradiations diverses, dans les parties du corps sous-jacentes. Ces irradiations ne suivent pas une topographie déterminée chaque malade ayant la sienne propre: Gi... a la face antérieure des membres inférieurs avec prédominance à droite et dans la région fessière; Ch..., dans la région fessière seule; Ro..., dans les membres inférieurs ,surtout à la face postérieure des cuisses, le long du sciatique gauche, dans les bourses; région inguino crurale pour Gal...; en ceinture pour Ther.

Examen du malade. — A l'examen, l'algie si vive

dont se plaint le malade, s'accompagne de signes qui frappent la vue du médecin. Tout d'abord, c'est la rigidité. Que le patient soit debout ou couché, sa région lombaire est d'une immobilité totale; il se déplace sans qu'aucun mouvement soit transmis à son rachis. De chaque côté de la colonne lombaire on voit la saillie des masses musculaires contracturées. L'ensemble de la région est modifié par la disparition de l'ensellure lombaire. Cette déviation antéro-postérieure est légère, elle ne dépasse guère la ligne droite, à peine avons-nous noté une fois une légère cyphose et ailleurs la saillie peu marquée d'une apophyse épineuse. Il n'y a jamais eu de véritable gibbosité. Nous n'avons pas rencontré non plus de dévration latérale.

Recherche des points douloureux. — Pour rendre plus précis le siège de la douleur, vaguement localisée par le malade à toute la région lombaire, diverses manœuvres ont été mises en jeu.

La mobilisation latérale de la colonne vertébrale éveille une douleur dont le maximum est toujours étendu à plusieurs vertèbres L1 L2 pour Gi..., L3 L4 pour Ch... Les quatre dernières pour Ro... et Gal... Lorsqu'on recherche par la pression avec le talon de la main, le malade étant dans le décubitus ventral, le siège de la douleur maxima, on trouve la même localisation que dans la mobilisation latérale seulement l'intensité est plus grande. La percussion des apophyses épineuses indique les mêmes points douloureux que les manœuvres précédentes sauf pour Gi..., qui se plaint alors de L4. Tantôt la percussion ou la pression à distance sur la tête ou

sur les épaules augmentent la douleur, Ch...; tantôt elles n'ont aucune influence, Ro...

Examen du système nerveux. — Les signes précédents révèlent l'atteinte de la colonne vertébrale, mais les rapports anatomiques du canal osseux et de son contenu nerveux sont si intimes qu'il est bien rare que ses lésions ne retentissent pas sur ce dernier. Effectivement, dans la spondylite mélitococcique, l'atteinte du système nerveux se traduit par deux ordres de symptômes: les uns se rapportent à l'irritation du funiculus, les autres à celle du faisceau pyramidal.

Irritation funiculaire. — En faveur de la funiculite nous avons déjà noté au cours de l'examen de la région lombaire: la contracture des muscles vertébraux et l'aggravation de l'algie sous l'influence des inflexions rachidiennes; de même à l'examen des membres inférieurs nous avons trouvé des irradiations douloureuses non symétriques dans les deux membres; de la douleur dans le membre inférieur gauche au niveau des points de Vallex (Ro..). Le signe de Lassègue est souvent positif, indiquant une limitation de la flexion siégeant parfois sur les deux membres inférieurs (Gi.. et Ch..), mais jamais également des deux côtés, plus marquée à gauche pour Gi..., à droite pour Ch... Parfois sa recherche ne montre pas de limitation de la flexion, mais réveille seulement de la douleur lombaire (Gal...).

Il n'y a pas de trouble de la sensibilité objective ni superficielle, ni profonde.

Irritation pyramidale. — L'irritation du système ner-

veux se traduit encore au niveau des membres inférieurs par des troubles moteurs et par des troubles réflèxes, les uns et les autres, d'ailleurs légers et demandant à être recherchés avec soin.

Nos malades se plaignent parfois d'une légère diminution de la force des membres inférieurs, mais ce n'est jamais celle-ci qui cause leur impotence, cette dernière est toujours la conséquence de la douleur.

Le malade, placé dans la position gynécologique, on constate un léger déficit pyramidal, toujours prédominant sur un des deux membres inférieurs. Chez tous, les réflexes rotuliens se sont montrés très vifs, souvent exagérés et polycinétiques. On n'a rencontré qu'une seule fois du clonus de la rotule chez Gi.., mais il s'est montré inconstant, ne se produisant que sous l'influence du froid. Les réflexes achilléens se sont montrés tantôt diminués, tantôt normaux, le plus souvent vifs et même polycinétiques.

En général, les réflexes cutanés sont normaux. On a pourtant remarqué la vivacité des réflexes fessiers, (Gi..,) la diminution des crémastériens, (Ro..,) et l'inégalité des crémastériens et des abdominaux, plus vifs à droite, (Ch.).

Aucun malade n'a présenté le signe de l'irritation pyramidale de Babinski.

Pas d'atrophie musculaire.

Pas de contractions fibrillaires.

Liquide Céphalo-Rachidien. — L'étude de la souffrance possible du système nerveux serait incomplète sans l'examen du liquide C. R.

La ponction lombaire a été pratiquée chez tous nos malades sauf chez Gal...

Tout de suite, les réactions périvertébrales, siégeant dans les ligaments articulaires, ont été bien mises en évidence par la difficulté qu'on a rencontré pour les traverser avec l'aiguille à ponction lombaire. Le liquide a toujours coulé clair, sans hypertension (19 à l'appareil de Claude pour Gi...) les autres caractères ont été moins constants.

Entièrement normal pour Ch.., et pour Ther.., le liquide C.-R a présenté à un premier examen chez Gi.., une forte dissociation albumino-cytologique, 1 gr. 25 d'albumine et 0,6 lymphocyte tandis que Ro..., avait une légère hyperalbuminose, 0 gr. 50, coïncidant avec une légère hyperleucocytose.

Le B. W. a été négatif pour tous.

Le Wright négatif à 1/50 pour Ch..., a été pour Gi.., positif à 1/50, subpositif à 1/100 et négatif à 1/150. Il a fallu pour Ro..., un procédé spécial pour mettre en évidence l'agglutination du melitensis par son liquide C. R.

Recherches dans le sang. — La recherche des agglutinines dans le sang a été faite par les Docteurs Rauque et Senez suivant leur procédé: émultion de six souches de provenance très différente, mises en présence de solution iodo-iodurée pendant une demi-heure, neutralisée par l'adjonction d'hyposulfite de soude.

Cette réaction a toujours été positive à un taux très élevé 1/300, 1/500, 1/1000.

Le B. W. toujours négatif.

L'intra-dermo-réaction pratiquée une seule fois sur Gi.., a été positive pour la mélitine et négative pour la tuberculine.

Radiographie. — L'intensité des phénomènes douloureux n'est pas en rapport avec l'étendue des lésions visibles sur la radiographie qui sont en général minimes, quelquefois nulles (Ch.., Gal..) Sur un cliché pris de profil (Gil...), les disques restés clairs sont diminués de hauteur au niveau de L1 L2. Cet interligne qui correspond au point de la douleur maxima est irrégulier et présente un pincement. Le corps de L1 paraît un peu plus clair. L'espace L4 L5 présente un nouveau pincement, une lègére scoliose à gauche, quelques becs de perroquet. Beaucoup plus sérieuses sont les lésions radiographiques de Ro..: nous voyons dans la région dorso-lombaire, sur un cliché de face, de nombreux becs de perroquet, certains se réunissant les uns aux autres, en particulier sur les bords droits de L3 L4 et sur le bord gauche de L1 L2. Plus atténuées, de semblables formations s'étendent jusqu'à D10. Les vertèbres plus creusées que normalement ont l'aspect classique en diabolo surtout L2 et L3 correspondant encore à la douleur maxima. Les interlignes intervertébraux sont égaux.

De profil, les faces antérieures des corps vertébraux sont moins incurvées que leurs bords, l s disques sont conservés et égaux. Monsieur le Professeur Roger pense que les lésions graves ne sont pas dûes à la spondylite mélitococcique, actuellement en évolution, mais à des atteintes antérieures de rhumatisme chronique de nature indéterminée qui s'étaient révélées chez R..., par des

crises de douleurs lombaires apparues successivement plusieurs années avant sa mélitococcie.

En résumé on voit que sur 5 cas il n'y a qu'une altération en apparence dûe à la mélitococcie.

Lipiodol. — L'épreuve du lipiodol n'a été pratiquée que chez un de nos malades, l'injection épidurale de 6 cc, faite au niveau de D12 en position assise a montré la descente de ce lipiodol jusqu'à L4 L5 avec issue par les trous de conjugaison supérieurs. Cet arrêt coïncide avec un des principaux points douloureux.

Chapitre IV

DIAGNOSTIC

1 *La fièvre de Malte est reconnue.* — Lorsque la spondylite mélitococcique survient pendant l'évolution d'une fièvre de Malte reconnue, le diagnostic ne présente aucun difficulté, il s'impose presque, du fait de la localisation de la douleur, de son intensité, de la contracture musculaire qui l'accompagne, de la présence de points osseux douloureux.

Ces signes devront être étudiés avec soin pour éviter de confondre la spondylite avec:

a) des douleurs de voisinage et en particulier avec l'arthrite sacro-iliaque dont la fréquence est bien plus grande puisqu'elle a été rencontrée dans 1/3 des cas. Il ne faut pas oublier que ces deux lésions peuvent exister simultanément et c'est la recherche attentive des points douloureux, leur localisation soit au niveau de la colonne vertébrale, soit au niveau de l'articulation sacro-iliaque qui permettront de les différencier.

b) les complications meningo-médullaires qui peuvent accompagner la mélitococcie dans lesquelles on trouve

des raideurs et des douleurs de la colonne vertébrale, mais sans atteinte osseuse, sans localisation particulière à la région lombaire tandis que les manifestations vertébrales de la mélitococcie n'atteignent que très rarement une autre partie du rachis se présentant alors sous forme d'arthralgie simple, telle, l'arthralgie cervicale constatée chez trois de nos malades.

2° *La fièvre de Malte n'est pas reconnue.* — Si la fièvre de Malte n'a pas été diagnostiquée parce qu'elle s'est présentée sous une forme légère, ambulatoire qui n'a pas inquiété le malade ou parce que la manifestation articulaire est la première en date, le diagnostic devient plus difficile; on se trouve en présence d'une lombalgie qu'il faudra différencier des douleurs survenant au cours d'autres affections.

a) Rhumatisme articulaire aigu. — Le rhumatisme articulaire aigu est rarement localisé à la colonne vertébrale. Comme la fièvre de Malte, il est le plus souvent polyarticulaire, mobile, avec phénomènes généraux graves. La notion d'angine au début, la grande mobilité des manifestations articulaires, leur généralisation, leur caractère inflammatoire, coloration rosée et chaleur de la peau au niveau de la tuméfaction articulaire seront en faveur du rhumatisme articulaire aigu ainsi que l'absence de points osseux douloureux au niveau des vertèbres lombaires, la fréquence des lésions valvulaires, la courte durée de la température ne dépassant pas 8 jours dans les cas non compliqués et l'action thérapeutique du salicylate de soude.

b) Pseudo rhumatismes infectieux. — Toutes les formes de pseudo-rhumatisme infectieux peuvent se localiser à la colonne vertébrale. Dans le cas de spondylite blennorrhagique, il serait assez difficile de juger la tendance à la plasticité des arthrites gonococciques sur une localisation vertébrale, mais celle-ci isolée est excessivement raer, la forme mono-articulaire de ce rhumatisme se fixant de préférence au poignet, au genou, à l'articulation sterno-claviculaire. Ainsi les caractères des arthrites concommittantes aideront au diagnostic. Ces arthrites d'abord multiples se fixent bientôt à quelques jointures et se terminent par raideur et ankylose avec atrophie musculaire très marquée. Elles évoluent avec fièvre comme la mélitococcie mais ne s'accompagnent que très rarement de sueurs profuses et d'anémie.

On rencontrera plus souvent uniquement localisées à la colonne vertébrale, les atteintes osseuses du staphylocoque ou du streptocoque, la région lombaire en est le siège le plus habituel, 53 % des cas. Affection relativement rare qui s'observe surtout chez les adolescents, entre 12 et 15 ans, alors que la spondylite mélitococcique se voit particulièrement au-delà de 45 ans. Le principal caractère des spondolytes staphylococciques ou streptococciques est leur tendance à la suppuration. La formation d'un abcès est de règle; fréquemment unilatéral, il peut être bilatéral. La raideur s'accompagne d'empâtement des parties molles avec circulation collatérale puis tuméfaction fusiforme et enfin fluctuation profonde. Très souvent la porte d'entrée du microbe sera connue : lésion tégumentaire ou foyer primitif d'ostéomyélite au niveau des membres.

Chez un convalescent de fièvre typhoïde on pensera à une localisation lombaire du bacille d'Eberth, on y pensera encore chez un individu guéri de cette maladie depuis un an ou deux. Les signes de la période d'état: douleur, contracture, disparition de l'ensellure lombaire, présence de points osseux douloureux, irritations nerveuses sont les mêmes, qu'il s'agisse de spondylite typhique ou mélitococcique, mais dans le premier cas le début est en général brusque, souvent déclanché par un traumatisme léger; il survient après une période intercalaire de guérison apparente; l'évolution se fait sans grande élévation de température, on a souvent noté une légère cyphose. L'image radiographique montre des lésions paraissant plus importantes que celles qui ont été observées sur nos malades: on a remarqué la disparition complète de l'espace clair du disque vertébral remplacé par une tache sombre débordant souvent le corps vertébral, ce qui indique un ossification en ce point. Dans certains cas, l'espace n'a pas complètement disparu, il est réduit à une fente linéaire; les faces supérieures et inférieures des corps correspondants présentent des contours flous. Au niveau du corps le tissu osseux paraît comme opacifié au-dessus et au-dessous du disque malade; jamais décalcifié. Dans certains cas, l'hyperostose diffuse a paru englober les ligaments et les apophyses transverses. En dehors des lésions que nous avons attribuées à une atteinte rhumatismale antérieure nous n'avons vu sur les radiographies de spondylite mélitococcique qu'une diminution d'un ou de plusieurs disques intervertébraux, leur déformation légère (un côté plus aminci que l'autre), un corps légèrement

plus clair. Le plus souvent il n'existait pas de lésions appréciables. Au début de la spondylite typhique, les lésions purement phlegmasiques sont perméables aux rayons X et ne sont pas révélées par la plaque radiographique. Ce dernier cas rend le diagnostic des deux variétés plus difficile si l'on s'en tient aux divergences cliniques et radiographiques. Les recherches de laboratoire deviennent indispensables. La culture du bacille d'Eberth et des Para, dans le liquide C. R., a toujours été négative. La présence des agglutinines a été révélée par un taux tellement faible, 1/10, qu'on en peut tirer aucune conclusion (Berthon, thèse de Montpellier, 1923.)

Il n'en est pas de même pour la recherche des agglutinines dans le sang. La séro-réaction de Widal est toujours positive, quelquefois à un taux très élevé, jusqu'à 1/400-1/500. Normalement les agglutinines persistant dans le sang des convalescents ne produisent qu'une faible réaction, le taux élevé du séro de Widal indique le réveil d'un foyer typhoïdique à la région lombaire.

L'association de la fièvre de Malte et de la fièvre typhoïde a été décrite (Rauzier et H. Roger), (Lagriffoul, Arnal et Roger). Une spondylite se déclarerait dans un cas semblable et il serait impossible de déterminer le microbe en cause.

c) Mal de Pott. — Le mal de Pott est une affection à laquelle on pense souvent devant un syndrome vertébral caractérisé par des douleurs intenses, de la contracture des muscles vertébraux, de l'exagération des réflexes. C'est à ce diagnostic qu'on avait songé pour Gi.., dans un service de chirurgie; c'est celui que Lance et Jaubert

ont révisé dans 18 cas de spondylite et périspondylite infectieuses (*Revue de Chirurgie*, juillet-août 1919).

Lorsque le mal de Pott est constitué avec gibbosité, abcès froid, paralysies, le diagnostic ne souffre aucune difficulté; il devient plus délicat s'il s'agit d'une lésion moins évoluée, d'un mal de Pott au début. Spondylite mélitococcique et spondylite tuberculeuse au début ont en commun: la douleur spontanée et provoquée, la contracture et la rigidité vertébrale. Certains caractères permettent cependant d'établir une différenciation: La douleur spontanée est plus facilement calmée par le décubitus horizontal dans le mal de Pott; la recherche des points douloureux indique une douleur maxima plus localisée, siégeant sur une seule vertèbre ou sur deux ou trois vertèbres voisines; tandis que ces points peuvent être disséminés sur toute la hauteur de la colonne lombaire dans la mélitococcie. La contracture est plus intense dans cette dernière. Même lorsque la spondylite est la première manifestation de la mélitococcie, elle s'accompagne presque toujours de fièvre, d'autres localisations articulaires, de sueurs.

La présence d'une mélitococcie reconnue ne suffit pas pour écarter l'hypothèse de Mal de Pott. Les recherches du Professeur Olmer, de Marseille, ont montré que cette affection est une maladie anergysante; que la cutiréaction à la tuberculine disparaît chez les mélitococciques. On a rencontré des localisations tuberculeuses des sommets au décours d'une fièvre de Malte. Il faut donc songer à la possibilité d'une localisation vertébrale du bacille de Koch à la suite de cette maladie. M. Roger

a publié, dans le *Marseille médical* du 25 octobre 1925, une observation où ces deux affections étaient associées: Mal de Pott avec paraplégie et mélitococcie. La radiographie peut montrer le même pincement intervertébral qu'il s'agisse du coccus de Bruce ou du bacille de Koch, mais dans ce dernier cas, même au début, le pincement est accompagné de décalcification des vertèbres qui n'existe pas dans la spondylite mélitococcique. A plus forte raison, le doute sera impossible devant une destruction osseuse accompagnée de tassement, d'écrasement des corps vertébraux et de fusion d'une ou deux vertèbres par destruction des disques.

d) Tumeurs rachidiennes. — La forme pseudo-pottique de Sicard et Laplane, des tumeurs des racines rachidiennes de la région lombaire se traduisent par des douleurs, une raideur considérable, des troubles de la marche; le décubitus horizontal ne calme pas ces douleurs. On les distinguera des spondylites par l'examen du liquide C. R., révélant une dissociation albumino-cytologique intense avec xantochomie, coagulation massive du liquide C. R. L'épreuve du lipiodol sous-arachnoïdien est très importante, injecté par voie atloïdo-occipitale, il vient s'accrocher au niveau de la tumeur, en dessine les contours.

e) Méningo-myélites. — La coexistance de réactions méningées et d'excitation pyramidale pourrait amener la confusion avec une méningo-myélite en particulier d'origine ε, mais alors la paraplégie est plus accentuée, les réactions méningées plus intenses tandis que la contracture lombaire est moins accusée. Dans le liquide C. R. le B. W. est +.

Chapitre V

PRONOSTIC — EVOLUTION PATHOGENIE

Nous avons vu combien l'évolution des arthrites mélitococciques est bégnigne et rapide en géréral; il n'en est pas de même de la spondylite. Celle-ci débute insidieusement et lentement, presque toujours au décours d'une mélitococcie, plus rarement au début; elle condamne le malade à une impotence presque absolue et sa durée compte de longs mois, 4, 6, 7 et même davantage. Le pronostic vital est bon, la guérison a toujours été enregistrée. Elle se produit lentement par disparition progressive des symptômes. Ce sont les signes d'irritation pyramidale qui disparaissent les premiers, le malade commence à pouvoir se lever, à marcher. Les douleurs diminuent d'intensité puis s'effacent. La rigidité persiste plus longtemps; on peut la mettre en évidence en faisant exécuter au malade des mouvements d'hyperextension et de flexion; ils sont limités au niveau de la région lombaire. Le pronostic fonctionnel est assez favorable. Lorsque Gi... a quitté l'hôpital, il pouvait ramasser un objet par terre sans plier les genoux; les autres sont partis

bien améliorés; il nous a été impossible d'avoir de leurs nouvelles ultérieurement. Gal... a été revu presque guéri.

On a longuement discuté la pathogénie des phénomènes douloureux dans la fièvre de Malte: Phocas d'Athènes les attribue surtout à de petits foyers d'ostéite localisés au niveau des insertions tendino-musculaires.

Zesas, de Berne, écrit en 1910, que les rapports des ostéites avec les arthropathies observées au cours de la fièvre de Malte ne sont pas encore établis. Les observations dans lesquelles on ne peut déceler aucun foyer osseux, dit-il, plaident en faveur de synovites primitives, lesquelles, d'après nos observations, seraient plus fréquentes que les ostéo-arthropathies. » A l'appui de sa thèse il fait remarquer la tendance, cliniquement établie, du micrococcus à se porter sur les séreuses teno-synovites, bursites, pleurésies, péritonites. Il semble que le processus soit complexe au cours de la synovite: petits foyers osseux sous périostés, décelables par la douleur à la pression, invisibles à la radiographie, phénomènes articulaires surtout congestifs et transparents aux rayons X. Cette arthrite est caractérisée par les contractures musculaires, conséquence de la loi « qui veut que toute articulation douloureuse s'immobilise en attitude antalgique, grâce à l'hypertonie et au blocage des muscles tributaires ». La compression du cordonnet nerveux au niveau des trous de conjugaison, sous l'influence de l'arthrite, produit un syndrome de funiculite: aggravation de l'algie pendant les inflexions rachidiennes, dissociation albumino-cytologique par gêne de la circulation de retour, Gi..., 1 gr. 25 d'albumine, 1,6 lymphocytes.

L'arthrite et la funiculite ne semblent pas pouvoir expliquer tous les phénomènes nerveux, nous avons en effet noté des signes d'irritation pyramidale assez importants en particulier chez Ro.., Ch.. et Gi.. Ces signes ont aussi été constatés dans la spondylite typhique et Barré a insisté sur leur présence dans le rhumatisme chronique. Chez Ro.., le cas a été assez important pour que l'on se demande s'il n'y a pas eu atteinte directe de la moelle (vivacité des réflexes, déficit pyramidal, paresthésie des membres inférieurs, légères hyperalbuminose (0,50) et hyperleucocytose associées (5). En réalité la régression rapide de ces signes sans grande sequelle motrice font plutôt penser à une irritation de voisinage.

Faut-il parler de réaction méningée et du passage des agglutinines dans le liquide C.R.? Nous n'avons pas de preuves de la présence du micrococcus mélitensis au niveau des foyers de spondylite où il nous paraît assez difficile de le mettre en évidence. Nous n'avons que des présomptions par comparaison avec ce qui se passe au niveau des autres articulations. Cliniquement, Gilmour et Kénedy, en 1907, avaient retrouvé le micrococcus dans le liquide séreux retiré par ponction articulaire. Expérimentalement, Burnet, en 1922, après encemencement de sérosité prélevée dans les arthrites des animaux en expérience a toujours constaté des cultures plus ou moins abondantes de mélitensis.

TRAITEMENT

En face d'un syndrome aussi douloureux que la spondylite mélitococcique, un traitement symptomatique s'impose. Nous avons constaté l'inefficacité des analgésiques ordinaires: aspirine, antypirine.

L'immobilisation rigoureuse dans le décubitus dorsal a calmé les cas très douloureux.

Un de nos malades pour lequel on avait pensé au mal de Pott fut immobilisé dans une gouttière et ses algies se calmèrent. Quand il entra à la clinique neurologique on ne crut pas une immobilisation aussi rigoureuse indispensable, mais il continua à rester alité et se trouva bien de cette immobilisation relative.

La révulsion locale a été pratiquée sous forme d'héliothérapie.

De bons résultats ont été obtenus par l'injection de lipiodol antalgique intra-musculaire. Ch..., épidurale Gi.. Faite chez Gi..., au point de vue diagnostic, à une période tardive, elle s'est accompagnée d'une sédation assez nette. L'injection lombaire sera indiquée dans les cas les plus particulièrement douloureux.

La radiothérapie, la médication sédative par les rayons ultra-violets pourraient trouver ici une de leurs indications, analogue à celles des lombarthries d'autre origine.

Le traitement anti-infectieux en général, quinine, sa-

licylate de soude, a été employé et en particulier chez les anciens paludéens et rhumatisants.

L'auto-hémothérapie pratiquée vers la fin d'une onde fébrile (Ch...) au moyen de 4 injections de 10 cc., à raison d'une tous les deux jours n'a pas fait disparaître l'état subfébrile consécutif. C'est le traitement étiologique par injections de vaccin antimélitococcique qui nous a paru donner les meilleurs résultats.

Chaque fois les malades ont accusé une sédation très marquée de l'élément douleur. Ce bon effet de la vaccination a été surtout remarquables chez Ch..; après la troisième injection la fièvre est tombée, les sueurs ont disparu et les douleurs lombaires se sont atténuées. Nous avons employé le vaccin anti-mélitococcique, préparé par les Docteurs Rauque et Senez, selon leur méthode habituelle, aux doses progressivement croissantes de 1/2 cc, 1, 1 1/2 et 2 cc, suivies de quelques injections, 3 ou 6 suivant les cas, de 2 cc. Injections sous-cutanées faites tous les trois jours. La reprise de la vaccinothérapie après une période de repos a été marquée par une réaction violente: frisson, élévation de la température, Ch...

Le vaccin ne paraît pas avoir en face de la spondylite, une action préventive: deux de nos malades avaient déjà été traités au début de leur mélitococcie.

OBSERVATIONS

Observation I

Spondylite lombaire survenue à la convalescence d'une mélitococcie. Raideur intense pseudo-pottique du rachis lombaire avec douleurs très vives calmée par l'immobilisation dans une gouttière. Exagération des réflexes rotuliens, diminution des achilléens. Grande dissociation albumino-cytologique du liquide céphalo-rachidien.

Amélioration progressive des douleurs et de la raideur lombaire en partie sous l'influence de la vaccinothérapie.

Apparition de douleurs de l'épaule et du rachis cervical.

Gi... Louis, 50 ans, entre à la clinique neurologique le 17 septembre 1924, pour douleurs lombaires datant de plusieurs mois.

Histoire de la maladie. — Gi.., ouvrier agricole venu à Riez pour les semailles du printemps fut pris le 20 mars 1924 de frissons et fut obligé de se coucher. A ce moment, la température est élevée atteignant 40°. Le malade accuse de la céphalée, des sueurs abondantes. (Il doit changer de linge deux ou trois fois par nuit.) Le médecin traitant fait faire une séro-réaction de Wright qui est positive. A partir du 25 mars, le malade reçoit tous les trois jours une injection de vaccin anti-mélitococcique totalisant 7 injections.

La fièvre aurait été à peu près continue pendant deux mois et demi, sans ondes.

En juin, après deux mois et demi de maladie, Gi... commença à se lever.

Durant la période fébrile, il n'avait pas d'algies, mais lorsqu'il s'est levé il a commencé à souffrir: d'abord de son membre inférieur droit, la douleur s'étendait de la racine du membre à sa périphérie, surtout localisée à sa face antérieure. Il n'y avait de gonflement au niveau d'aucune articulation. Cette algie disparut au bout de trois semaines. Alors Gi.. souffrit de l'épaule droite, sans irradiation au bras ni à l'avant-bras, pendant deux semaines environ. Cette algie calmée l'épaule gauche se prit à son tour et ensuite le membre inférieur gauche, où les douleurs prédominèrent à la face antérieure.

Fin août, les douleurs gagnent la région lombaire, légères au début elles augmentent progressivement d'intensité, et en septembre, Gi.. est obligé de s'aliter, ses douleurs étant exacerbées par la station debout. A ce moment là les sueurs profuses ont a peu près disparu.

Le 3 novembre 1924. — Gi.., toujours immobilisé au lit, entre à l'Hôtel-Dieu, dans un service de médecine générale, souffrant de douleurs qui siègent surtout dans les fesses et le bas des reins avec sensations de broiement. Il se plaint en outre de parésie des membres inférieurs et de tremblement survenant parfois à l'occasion de la marche. La toux, l'éternuement et surtout les mouvements éveillent des douleurs très violentes.

Pendant tout le mois de novembre, il fait une fébricule atteignant exceptionnellement 38°5.

Un BW. et un séro de Wright ont été négatifs. Une intra dermo à la mélitine a été positive.

Le malade ne présente aucun trouble digestif ou respiratoire, pas de trouble de la vue ni de vertige. Il avait beaucoup maigri mais il a légèrement repris du poids.

Il n'y a rien à signaler dans les antécédents pathologiques de Gi.., mais il est tombé malade dans un pays où la fièvre de Malte sévissait. Il n'a jamais consommé de lait ou de fromage frais, seulement ses occupations l'ont appelé à nettoyer l'écurie d'un troupeau qui a compté 10 avortements sur 42 bêtes.

Au début de décembre. — Le malade passe en chirurgie où on l'immobilise sur une planche et cette immobilisation calme en partie ses douleurs.

Le 17 décembre 1924. — Gi... passe dans la clinique de neurologie.

Examen à l'entrée.

Membres supérieurs. — L'articulation de l'épaule est trsè souple des deux côtés. Il n'y a pas de douleurs dans le membre supérieur ni dans la région cervicale. Les réflexes sont normaux.

Membres inférieurs. — Motricité. — La force musculaire est conservée dans les membres inférieurs. Gi.., présente une conformation des orteils naturellement en flexion avec pied cambré. L'épreuve gynécologique révèle un léger déficit pyramidal droit. L'épreuve de Grasset Gaussel est normale des deux côtés. La force d'extension et de flexion des divers segments est égale des deux côtés.

Réflexes. — Les réflexes rotuliens sont vifs et un peu

polycinétiques surtout à droite. Gi... présente sous l'influence du froid un clonus de la rotule des deux côtés plus marqué à droite et que l'on ne retrouve pas quand le malade est réchauffé. Il n'a pas de clonus du pied. Les réflexes achilléens sont difficiles à mettre en évidence. Les réflexes fessiers musculaires sont assez vifs des deux côtés avec contractions fibrillaires bilatérales s'irradiant à la cuisse. Le réflexe cutané plantaire se fait à gauche en flexion très nette; à droite il y a silence pour le gros orteil et flexion pour les autres; à certaines explorations, un léger éventail. Exagération variable des réflexes de défense. Les réflexes crémastériens et abdominaux sont normaux, pourtant, l'abdominal supérieur est plus faible à droite.

Sensibilité. — Il n'y a pas de douleurs à la pression, des trajets nerveux ni en avant ni en arrière du membre. La recherche du Lasègue ne permet pas de dépasser 45° à droite et 60° à gauche. Le malade ne présente pas de troubles de la sensibilité objective, il paraît seulement sentir un peu mieux au tronc qu'aux membres inférieurs, mais sans limites précises.

Rachis. — Les douleurs spontanées du malade sont surtout localisées par lui aux environs de D11 et de D12. Dans le décubitus il y a une contracture déjà considérable de cette région, contracture qui s'accentue encore par la mobilisation, toute la colonne lombaire présente une grande rigidité avec saillie des masses sacro-lombaires.

La mobilisation de L1 et L2 révèle de légères dou-

leurs qui sont plus marquées sous l'influence de la pression avec le talon de la main, le malade étant dans le décubitus ventral. A la percussion L4 est douloureux.

Il n'y a pas de véritable cyphose mais à jour frisant on aperçoit une légère saillie correspondant à L1 L2. On ne rencontre pas de dépression en marche d'escalier à la pression successive des diverses apophyses épineuses.

L'hyperextension des membres sur le bassin et impossible; elle entraîne une légère contraction fasciculaire transversale des masses lombaires et des contractures dans les fessiers.

Aucune douleur ne se manifeste à la pression des articulations sacro-iliaques et sacro-vertébrales, ni à la pression directe, ni à la pression à distance. (Pas de signe de Lancy ni d'Erichsen.)

Autres appareils. — *App. pulmonaire.* — En avant, submatité à droite avec inspiration plus rude et expiration prolongée. En arrière, aucun signe anormal.

Le 20 décembre 1924. — *Liquide C.-R.* — Liquide C.-R. clair. Tension 19 à l'appareil de Claude, cytologie 0,6 par mm. c. Albumine, 5, subdivisions au rachi albuminimètre de Sicard et Cantaloube au bout de 24 h., soit 1 gr. 25. BW. H4H4 négatif.

A noter que la ponction lombaire a été particulièrement difficile, l'aiguille ayant de la difficulté à se tracer un passage à travers les masses contracturées et les interstices des lames vertébrales en partie bloquées; aussi est-on obligé de passer au niveau de la région dorsale inférieure.

Séro-réactions. — TAB négatives à 1/50. Wright positive à 1/1000. (Ranque et Senez.)

Le 24 décembre 1924. — Radiographie lombaire. — De face, limitation des disques L1 L2. Aspect plus clair du corps de L1 à sa partie médiane et sur son bord gauche. Légère scoliose avec pincement de l'espace L4 L5 à gauche. De profil il n'y a pas de lésion appréciable.

6 janvier 1925. — Intra dermo-réaction à la mélitine. — Fortement positive, présentant une zone œdémateuse de la dimension d'une pièce de 10 centimes en cuivre.

10 janvier 1925. — Intra dermo-réaction à la *tuberculine* négative. La température s'est maintenue irrégulière ne dépassant pas 38°.

Etant donné l'absence de lésions osseuses importantes, l'alitement est continué, mais on ne juge pas indispensable l'immobilisation sur une planche. Le malade est soumis à la vaccinothérapie, il reçoit le 10 janvier 1/2 cc de vaccin; le 12 janvier 1 cc.; le 14 janvier, 1 cc 1/2; le 18 janvier, 2 cc. Un nouvel examen pratiqué après ce traitement montre une amélioration au point de vue douleurs, mais il faut remarquer que celle-ci avait commencé avant les premières injections.

Le 25 janvier 1925. — Les douleurs ont disparu à la percussion de la région lombaire, on vérifie à nouveau l'absence de points douloureux sacro-iliaques. La raideur persiste encore très accentuée. La température varie de 36°5 à 37°5.

Le 3 janvier 1925. — On fait une nouvelle ponction

lombaire à la région dorsale inférieure. L'examen du liquide donne comme résultat: liquide clair, tension 13 à l'appareil de Claude. Albumine 3, division au rachialbuminimètre de Sicard et Cantaloube, soit 0 gr. 75. Cytologie 1,4. BW. H4H4 négatif. Wright positif à 1/50, subpositif à 1/100 et négatif à 1/150.

Le 5 février 1925. — Le malade souffre de la cuisse droite en arrière, il présente un léger Lasègue et de la diminution de la rigidité vertébrale.

Le 12 février. — Un BW. dans le sang est négatif H4H4. Etant donnés les bons résultats obtenus après la première série de vaccin, on a recommencé une nouvelle série comprenant 1/2 cc de vaccin le 5 février, 1 cc le 7, 1 cc 1/2 le 10 et 2 cc le 12. Cette dernière injection a été suivie d'une très forte réaction avec: frisson, vomissements, température à 40°5 le lendemain. Le surlendemain la température est descendue à 38°3, un jour après à 37°7 et depuis elle se maintient au-dessous de 37.

Le malade se sentant très amélioré commence à se lever.

Le 17 mars 1925. — Depuis 1 mois environ, le malade se plaint par contre de ressentir des douleurs aux deux épaules et au cou. Ces douleurs paraissent en partie exacerbées par les injections de vaccin faites dans les fosses sus-épineuses; elles s'irradiaient à la région scapulaire postérieure.

On pratique un nouvel examen du *rachis lombaire*. Le malade va et vient dans la salle, il n'éprouve quelques douleurs rachidiennes que lorsqu'il marche longtemps,

sans aucune irradiation dans les membres inférieurs, force égale de deux côtés. Pas de crampes ni de fourmillements: aucune difficulté de la miction.

Membres inférieurs. — L'épreuve gynécologique ne révèle pas de déficit, le malade tient longtemps cette position. Dans l'acte de s'asseoir, il soulève à chaque épreuve le côté gauche. La force de flexion des membres est normale, la force d'extension des cuisses normale aussi. Il n'y a pas de déficit particulier ni à la cuisse ni au mollet. Les *réflexes* rotuliens sont un peu plus vifs, plus brusques à gauche. Les achilléens sont très diminués surtout à droite: il en est de même pour le médio-plantaire. La recherche des réflexes pédieux et intérosseux est à peu près impossible à cause de la conformation particulière des orteils (en marteau). Le réflexe plantaire se fait en flexion plus marquée à droite. Pas de Menden. Pas d'Oppenhein Schœffer en flexion. Les réflexes crémastériens et abdominaux sont normaux. La sensibilité cutanée est normale. La sensibilité profonde du tendon d'Achille est surtout vive à droite. Les articulations des hanches et des genoux sont souples.

Rachis. — La colonne vertébrale est plus souple qu'auparavant, cependant l'ensellure normale n'existe pas. On trouve un point douloureux à la pression profonde de L3. La pression discrète n'est pas douloureuse. L'ébranlement latéral est peu douloureux. La mobilisation se fait en bloc, le rachis raidi, en particulier quand on demande au malade de se baisser pour ramasser un objet. L'articulation sacro-iliaque est indolore.

Membres supérieurs. — Le malade souffre des deux épaules, en particulier de la droite et surtout dans les mouvements d'élévation ou de rotation spontanée du bras. Ces douleurs s'irradient parfois vers le deltoïde et la face externe du bras.

A l'examen de l'épaule droite on trouve un point douloureux articulaire antérieur. Les mouvements d'élévation du bras sont très limités; en immobilisant l'omoplate on écarte à peine le bras de 45°. Il y a de l'atrophie des : deltoïdes, sus épineux, sous épineux.

Le bras mesure 24 cm. 50 à droite, 25 à gauche. Pour l'épaule gauche on arrive à mobiliser ce bras à angle droit. La mobilisation détermine des craquements.

Réflexes. — Les réflexes tricipital, stylo-radial et bicipital sont vifs des deux côtés.

Région cervicale. — L'extension de la tête est limitée et douloureuse, le malade tient la tête habituellement penchée en avant. La flexion forcée est douloureuse. A la pression directe on n'éveille pas de douleur. La percussion de C5 détermine la contraction du sterno, cleido mastoïdien droit, pas du gauche. La rotation de la tête est plus douloureuse à droite.

Face. — Légère inégalité pupillaire. Langue normale. Les pauciers se contractent fortement.

La température est depuis longtemps normale.

Traitement. — Salicylate de soude, 3 grammes pendant 8 jours. Salicylate de lithine, 1 gramme pendant 8 jours.

Bains thermo- lumineux.

Le 28 mars. — On radiographie l'épaule qui est normale.

Le 2 avril. — La radiographie de face de la colonne lombaire montre une diminution de l'interligne L1 L2 et de l'interligne L4 L5 surtout à gauche; de la tendance à l'aspect en bec de perroquet des bords supérieurs et inférieurs de L4.

Epreuve du lipiodol épidural. — 6 cc sont injectés dans l'espace D11 et D12, le malade est maintenu assis. La radiographie faite le lendemain montre des traînées de lipiodol descendues jusqu'au disque L4 L5 où il s'arrête; chemin faisant, des traînées font issue par les trous de conjugaisons gauches en plus grandes quantités que par les trous de conjugaison droits. Sur la ligne médiane les traînées s'arrêtent au milieu du corps de L4.

Observation 2

Spondylite mélitococcique avec arthrite sacro-iliaque et réaction sciatique. Forme particulièrement douloureuse avec rigidité persistante. Réaction méningée surtout avec hyperalbuminose. Amélioration par la vaccinothérapie. Arthrite des deux épaules intercurrente.

M. Ro... Henri, âgé de 55 ans, cultivateur, habitant actuellement Le Puy Sainte Réparade.

Antécédents personnels. — Pas de maladie antérieure, pas de syphilis, pas de gonorrhée; le malade était assez sujet à des douleurs lombaires de peu d'intensité quand il se penchait en avant pour le travail des champs. Il n'a jamais eu de rhumatisme articulaire aigu ni d'autres manifestations rhumatismales.

Antécédents collatéraux. — Une fille en bonne santé.

Histoire de la maladie. — En mars 1924 étant à Ginaservis (Var), il a présenté une fièvre dont les maxima oscillaient entre 39° et 40° s'accompagnant les premiers jours de sueurs abondantes. La fièvre plus ou moins intense aurait duré jusqu'en juin avec des remissions de plus ou moins longue durée. Elle s'était assez atténuée vers la fin d'avril pour que le malade puisse se lever. Au mois de mai il éprouve des douleurs siégeant dans les articulations sacro-iliaque surtout à gauche, puis ces douleurs se localisent dans la région lombaire, la fesse et le sciatique gauche. Ces douleurs ne sont pas très intenses et en juillet au moment d'une accalmie il peut travailler à la moisson menant un tracteur sur lequel il est assis.

En septembre, la lombalgie devient beaucoup plus intense avec irradiations dans la région inguinale gauche. Depuis cette période il présente une diminution considérable de la force de ses membres inférieurs, plus marquée à gauche et il ne marche plus qu'avec des béquilles. En outre, il éprouve de la dysurie et de la constipation. Un séro-diagnostic pratiqué en mars a été positif pour le mélitococcus.

Examen. — Lorsque nous le voyons pour la première fois, fin mars 1924, envoyé à notre examen par le Docteur Bouer de Pertuis et le Docteur Aubert, chirurgien des hôpitaux de Marseille nous notons l'état suivant:

Le malade se déplace difficilement, marchant uniquement avec des béquilles.

Rachis. — Il accuse des douleurs lombaires et sacro-

sciatiques gauches continues avec exacerbations par crises surtout nocturnes, tellement vives qu'elles arrachent parfois des pleurs à cet homme qui n'est cependant pas pusillianime. Elles s'exacerbent par les mouvements soit au lit, soit dans les divers déplacements. Le malade ne peut se coucher que tourné sur le côté droit ou allongé sur le dos la cuisse gauche restant fléchie. Il est mieux assis que couché. Quand on lui demande de préciser le siège maximum de ses douleurs il indique la région lombaire et signale des irradiations à la fesse, à la face postérieure des cuisses et dans les bourses. Ce régions sont d'ailleurs criblées de pointes de feu. A l'examen on constate une raideur énorme de la colonne lombaire presque soudée, l'ensellure normale n'existe ni dans la station debout ni dans le décubitus ventral, il n'y a pas non plus de cyphose: la flexion en avant et l'hyperextension sont à peu près impossibles et douloureuses. A la pression des apophyses épineuses, à la percussion, à la mobilisation latérale et surtout à la pression avec le talon de la main dans le décubitus ventral on réveille une douleur particulièrement vive de L2 à L5, mais surtout au niveau de L3. La pression et la percussion forte sur la tête ou sur les épaules ne réveille pas de douleur à distance au niveau de la région lombaire.

Membres inférieurs. — Sensibilité. Il n'y a pas de douleur de l'articulation sacro-lombaire. A droite, pas de douleur à la pression de l'articulation sacro-iliaque ni à la pression du sciatique. De ce côté le malade n'accuse de douleurs spontanées que d'une façon très intermittente. Par contre, du côté gauche où il souffre sponta-

nément, on trouve une série de points douloureux moins accentués d'ailleurs que les points lombaires. Ce sont: la partie supérieure de l'articulation sacro-iliaque, les points de Valleix (Fessiers, cruraux postérieurs, poplité externe, jambiers postérieurs, achilléens plantaires). Il n'y a pas de douleur au pincement des adducteurs, à la pression de la face antérieure de la jambe, de la cuisse ou de la région inguinale; pas de limitation des mouvements de l'articulation de la hanche; pas de douleur à la pression forte des deux trochanters, ou des crêtes iliaques, mais, douleur lombaire et sacro-iliaque gauche lorsqu'on fléchit simultanément les deux cuisses sur le bassin. Il n'existe pas de zone d'hypoesthésie dans le territoire du sciatique gauche.

Motricité. — Le malade accuse de la parésie prédominant au membre inférieur gauche et plus à la racine qu'à l'extrémité du membre. On se rend compte cependant que cette parésie est surtout dûe a l'immobilisation et au réveil des douleurs sous l'influence des mouvements; cependant, il paraît exister réellement une diminution de la force de flexion de la jambe sur la cuisse par comparaison avec le côté opposé. Les mouvements du pied et des orteils se font avec une égale intensité des deux côtés.

Réflexes. — Les réflexes rotuliens sont vifs des deux côtés. Les réflexes achilléens sont égaux et normaux; les réflexes plantaires se font en flexion, les réflexes crémastériens sont diminués des deux côtés.

Membres supérieurs. — Du côté des membres supérieurs nous ne notons aucune algie actuelle mais le ma-

lade dit avoir éprouvé il y a quelques semaines des douleurs de l'épaule droite ayant entraîné une certaine raideur momentanée. Actuellement il n'existe aucune raideur de cette jointure. Signalons des paresthésies aux extrémités des doigts vraisemblablement dûes à l'usage prolongé des béquilles.

Pas d'autre algie ni de la *tête* ni du *cou*. Le malade aurait eu à un moment donné quelques douleurs passagères des articulations temporo-maxillaires. Le fonctionnement des *autres appareils* est à peu près normal sauf une légère dysurie avec pollakiurie nocturne (10 à 12 mictions la nuit et certains jours). Il n'y a cependant ni sucre ni albumine urinaires. La tension est de Mx16 Mn8 indice 10 au Pachon Gallavardin. L'auscultation ne révèle aucun signe anormal ni au cœur ni aux poumons. L'appétit est relativement conservé, il y a un peu de constipation, le foie et la rate ne sont pas augmentés de volume.

Depuis la poussée aigüe de sa maladie, le malade n'a jamais repris sa température, mais il semble que certains soirs il se sente un peu chaud. L'état général n'est pas mauvais, bien que, sous l'influence de cette maladie, qui dure depuis près de 9 mois, le malade ait perdu l'embonpoint antérieur et qu'il soit passé de 105 à 85 kg.

Radiographie. — La radiographie de la région dorso-lombaire, montre de face de nombreuses productions ostéophytiques avec de nombreux becs de perroquets assez nettement organisés dont certains se réunissent les uns aux autres en particulier sur les bords droits de L3 L4 et sur les bords gauches de L1 L2. Pareilles défor-

mations se poursuivent atténuées jusqu'au niveau de D10. Les vertèbres, plus creusées que normalement offrent surtout au niveau de L2 L3 un aspect en diabolo classique. Les interlignes intervertébraux sont à peu près normaux. *De profil* les faces antérieures des corps vertébraux sont moins incurvées que leurs bords, les disques sont conservés et égaux.

Devant un pareil tableau clinique, on conclut à une spondylite lombaire et à une arthrite sacro-iliaque d'origine mélitococcique avec réaction du côté du sciatique.

Toutefois, les figures radiographiques correspondent tellement à celles de la spondylose vertébrale rhumatismale banale, que l'on admet une localisation mélitococcique sur des vertèbres déjà atteintes de rhumatisme vertébral: le malade avait depuis longtemps des douleurs lombaires intermittentes au cours de son travail.

Nous conseillons un régime léger, sans viande, pendant une quinzaine de jours associé à la vaccinothérapie antimélitococcique aux doses de 1/2, 1, 1 1/2 puis trois fois 2 cc de vaccin antiméliticoccique de Ranque et Senez.

Nous revoyons ce malade fin février 1925 ayant été très amélioré par la vaccinothérapie; il en a continué les doses jusqu'au total de 10 injections à trois jours d'intervalle. Après un mois de repos il a même recommencé une nouvelle série de 6 injections: la première ayant été faite à dose entière a provoqué une poussée fébrile avec frisson qui ne s'est pas renouvelée ultérieurement. Dès la fin de la première série il marchait en s'appuyant sur une seule canne.

Lors d'un autre examen, il n'accuse presque plus de douleurs lombaires, peu d'irradiations dans la fesse gauche, et il peut se baisser pour ramasser des objets sans souffrir. Mais la colonne vertébrale reste toujours très rigide dans la région lombaire; cette rigidité est telle que malgré l'absence relative de douleurs, le malade est dans l'impossibilité de se baisser suffisamment pour lacer ses souliers.

Dans le décubitus ventral, la lordose habituelle fait défaut. A la pression profonde et à la pression latérale de L3 L5, il existe encore de la douleur, mais l'articulation sacro-iliaque gauche est indolore aussi bien spontanément qu'à la pression.

Du côté des *membres inférieurs* nous ne notons plus ni douleur à la pression du sciatique, ni signe de Lasègue. Le malade éprouverait parfois un léger dérobement au membre inférieur droit.

Les réflexes rotuliens et achilléens sont vifs des deux côtés; le réflexe achilléen droit est parfois polycinétique sans véritable clonus. Le réflexe plantaire se fait en flexion.

Du côté du *membre supérieur* le malade se plaint depuis deux mois, plus particulièrement depuis un mois, de douleurs assez vives des deux épaules, principalement de la gauche, l'empêchant de porter son bras en arrière et en haut. Ces douleurs le gênent actuellement davantage qeu son ancienne lombalgie. Il existe une légère tuméfaction de ces articulations avec limitation de l'abuction. Au *cou* la pression du rachis cervical détermine une légère douleur au niveau de C5. L'état général est devenu

meilleur, le poids a augmenté de 6 kg., porté à 91 kg., le malade n'est plus réveillé la nuit par ses douleurs, la tention artérielle est Mx18 Mn10 au Pachon Gallavardin. Le séro de Wright montre une forte agglutination macroscopique jusqu'au taux 1/500. Le BW. du sang est négatif. Le liquide cephalo-rachidien présente de l'hyperalbuminose, 0 gr. 50 et une hyperleucocytose, 5 lymphocytes par mmc. Nous avions demandé aux docteurs Rauque et Senez de chercher l'agglutination du mélitensis par le liquide céphalo-rachidien. Voici la note remise à ce sujet:

« L'agglutination vis à vis du mélitensis recherchée suivant les techniques habituelle a été *négative*. Par contre, nous avons utilisé un procédé que nous avons déjà eu l'occasion d'employer pour la recherche des agglutinines dans le liquide céphalo-rachidien des typhiques (et qui, dans quelques cas, nous a donné des résultats positifs): il consiste à diluer directement la culture microbienne dans le liquide céphalo-rachidien. Dans ces conditions la réaction a été *nettement positive* vis à vis du mélitensis. Il convient toutefois de mentionner la présence dans le liquide C.R. de *traces* de sang (malgré tout le soin que nous avons apporté à éviter cette cause d'erreur. Si l'agglutination obtenue devait être rapportée à la présence du sang on peut estimer que le taux d'agglutination serait dans les environs de 1/800 à 1/1000. Or, le sérum avait un pouvoir agglutinant limité autour de 1/500. Il est donc vraisemblable d'admettre dans ces conditions qu'il doit exister parallèlement des agglutinines propres au liquide CR. en très faibles quantités. »

Le malade est soumis à un *traitement* anti-rhumatismal, 4 gr. de salicylate de soude pendant 10 jours.

Piperazine, 10 jours. La vaccinothérapie pourra être encore utilisée ultérieurement.

Observation 3

Spondylite mélitococcique lombaire avec atteinte sacro-iliaque au cours de la deuxième onde thermique d'une mélitococcie compliquée d'orchite. Douleur et raideur lombaires. Rechute de la crise douloureuse lombaire quelques mois après.

Monsieur Gal..., 46 ans, marchand de vin à la Pomme.

Antécédents personnels. — Paludisme léger (au Maroc pendant la guerre) dont le malade n'a présenté aucune sequelle ultérieure. Pas de syphilis. Deux enfants en bonne santé, 19 ans et 14 ans, et un enfant mort né à 7 mois. Ethylisme professionnel. Il a quelquefois, mais assez rarement, présenté des douleurs de reins, sans lumbago aigu sauf il y a trois ans, après un léger effort, une crise de douleurs lombaires ayant duré trois jours.

Histoire de la maladie. — Le 27 mars 1923, Gal... est assez brusquement pris de frissons, suivis d'une période de fièvre subcontinue ayant duré près de deux mois. Les premiers mois, la température s'est maintenue aux environs de 39°, 39°5. Le séro de Wright fut alors positif, au-delà de 1/500 (Ranque et Senez). Après une légère accalmie thermique survient une rechute d'un mois à l'occasion de laquelle 6 injections de vaccin furent faites. En dehors de la fièvre le malade n'eut d'autres symptômes que de la constipation et des sueurs particulièrement abondantes. A partir de juillet le malade avait

repris son appétit habituel, et, se sentant mieux, s'était remis à un travail modéré sans fatigue (au début d'août il eut une crise d'orchite légère). Vers le 15 août la fièvre se rallume assez intense présentant de grandes oscillations qui s'élèvent le soir à 39°, 39°,5, s'accompagnant encore de sueurs abondantes mais moins intenses qu'au cours de la première poussée, il y a une constipation légère.

Vers la même époque apparaissent des douleurs lombaires violentes empêchant le malade de se retourner seul dans le lit; ces douleurs persistent depuis lors quoiqu'un peu atténuées. Appelé auprès de lui le 7 septembre 1923, par notre confrère le Docteur Legal, nous trouvons notre malade se levant un peu mais restant dans la chambre, faisant quelques pas courbé en avant; il se plaint de douleurs lombaires s'irradiant dans la région inguino-crurale droite, douleur réveillée par tous les mouvements, par la toux, par l'éternuement.

Examen. — Le malade présente dans la station debout ou dans le décubitus ventral une rigidité de toute la colonne lombaire avec une très légère cyphose; aucun mouvement d'inclinaison en avant, en arrière ou de latéralité n'est possible. La percussion des apophyses épineuses et surtout la pression latérale réveillent une douleur vive au niveau des quatre dernières lombaires et plus particulièrement de L3 et de L4. L'articulation sacro-iliaque droite est, elle aussi, particulièrement douloureuse.

Les réflexes abdominaux sont légèrement diminués du côté droit, surtout le réflexe abdominale inférieur. Les rotuliens sont vifs et sans clonus, les achilléens normaux.

La recherche du Lasègue ne montre pas de limitation de la flexion, mais réveille la douleur lombaire ainsi que la flexion de la nuque.

Sensibilité. — Le malade ne présente aux membres inférieurs aucune zone d'hypoesthésie ou d'anesthésie. Il accuse parfois des douleurs cervicales spontanées et quelques douleurs passagères au poignet droit.

Autres appareils. — La langue est un peu saburale, mais le fonctionnement du tube digestif est peu troublé. La rate est nettement volumineuse, perceptible au palper. Le foie, le cœur et les poumons sont normaux.

Le pouls est à 90; il n'y a pas d'albumine urinaire. On sent au niveau du testicule gauche une légère induration peu douloureuse de l'épidyme reliquat de son orchite mélitococcique.

Il s'agit certainement de spondylite mélitococcique avec arthrite sacro-iliaque. En raison du volume un peu anormal de la rate, de la fièvre à type intermittent nous nous demandons si le paludisme antérieur, quoique éteint depuis plusieurs années, n'aurait pas été en partie réveillé par la mélitococcie. Nous n'avons pas pu faire examiner le sang à cette époque. Nous prescrivons un double traitement à la fois par le salicylate de soude et par la quinine. En réalité, ce traitement n'a pas été suivi à cause de l'intolérance gastrique du sujet. Par contre la vaccinothérapie que nous avions conseillée a été faite ainsi que l'héliothérapie lombaire. Après trois injections de vaccin, la fièvre est rapidement tombée, les sueurs ont disparu et les douleurs lombaires se sont assez rapidement atténuées. Au début de novembre le malade

avait repris peu à peu son travail et n'éprouvait qu'un peu de gêne pour se baisser, vers la fin de la journée. Il n'a plus eu de rechute fébrile.

Nous l'avons revu au début d'avril 1924 pour une rechute de la lombalgie survenue une quinzaine de jours auparavant sans épisode fébrile, sans trouble dysurique ni constipation. Les douleurs s'irradient dans les fesses, présentent un maximum nocturne et s'accompagnent de sensations de battements intérieurs réveillant parfois le malade.

A l'examen nous retrouvons une raideur lombaire accusée avec contracture des masses sacro-lombaires s'accentuant par la flexion forcée ou par l'hyperextention. La douleur est plus vive au niveau de L5 et de l'articulation sacro-iliaque droite. Tous les mouvements d'ensemble des membres inférieurs réveillent des douleurs, d'où la gêne apportée au travail. Les pressions sur le vertex ou sur les épaules ont le même retentissement algique.

Les réflexes rotuliens sont vifs, les achilléens normaux ainsi que les pédieux, interosseux et plantaires. Léger Lasègue à droite. Bon état général. Tension artérielle Mx16 Mm8. Indice 6 au Pachon Gallavardin. Pas d'albumine ni de sucre urinaires. Une radiographie de la région sacrée est pratiquée. Il n'y a pas de lésion de l'articulation sacro-vertébrale et de la dernière vertèbre lombaire. Il y a un léger flou de l'articulation sacro-iliaque droite. Nous soumettons le malade au salicylate de soude, à la vaccinothérapie anti-mélitococcique et à l'héliothérapie. 3 semaines après, le malade n'avait plus présenté que deux crises douloureuses nocturnes et souf-

frait beaucoup moins dans l'intervalle. Fin mai, nous avons eu des nouvelles de ce malade qui ne souffrait plus du tout.

Observation 4

Mélitococcie débutant par un syndrome lombarthéique, lequel persiste en s'atténuant pendant plus de six mois sans réaction méningée ni réaction nerveuse des membres inférieurs. Séro de Wright positif à diverses reprises.

Association entéroccique décelée par une hémoculture.

Chev... Claude, cultivateur, 53 ans, Marseille.

Antécédents personnels. — Pas de blennorrhagie ni de syphilis. Pas de tabagisme, éthylisme. En Algérie, en 1892, aurait eu une fièvre de nature indéterminée: typhoïde? En 1900, diarrhée de Cochinchine. Pendant la guerre, à Salonique, paludisme qui lui aurait laissé, pendant un certain temps, quelques poussées fébriles disparues depuis la démobilisation. Pas de rhumatisme articulaire antérieur.

Histoire de la maladie. — Le malade vient demander conseil à la consultation externe de la clinique neurologique le 23 juillet 1923, pour des douleurs lombaires traînant depuis un mois avec des irradiations fessières: douleurs continues, violentes, non calmées par l'antipyrine, exacerbées par la marche et le mouvement, ayant obligé le malade à interrompre son travail.

Nous le faisons entrer à la clinique de neurologie pour l'observer plus complètement et nous sommes étonnés de constater dès les premiers jours de son arrivée une température de 38° le soir dont le malade ne se doutait pas.

Interrogé sur le début exact de sa lombalgie il raconte seulement alors une particularité qu'il avait passée sous

silence: 4 ou 5 jours avant le début de sa lombalgie il avait eu la nuit des frissons et des sueurs abondantes et un état assez analogue au syndrome fébrile qu'il avait présenté pendant son paludisme; il avait continué à travailler pendant ces quelques jours jusqu'à l'apparition de sa lombalgie. Depuis lors, il n'avait plus eu de sueurs et ne sentait pas de fièvre, mais il avait maigri de 12 kg. en un mois, avait perdu tout appétit et souffrait d'une constipation opiniâtre.

Examen. — A l'examen on constate de la *raideur lombaire* tant dans la station debout que dans la marche, un point douloureux plus particulier à la mobilisation latérale de L3, réveillé par les essais d'hyperextention du rachis d'ailleurs impossible et par la percussion crânienne. Il n'y a pas de saillie anormale d'une vertèbre. Les articulations sacro-iliaque et sacro-lombaire ne sont pas douloureuses mais il existe un point douloureux au niveau de la crête iliaque droite.

Du côté des *membres inférieurs* les mouvements actifs et passifs sont parfaitement conservés, la force musculaire est égale des deux côtés avec peut-être un très léger déficit pyramidal droit (dénivellation de ce membre dans la position gynécologique). Le signe de Lasègue est net à droite. La recherche du Lasègue gauche détermine une douleur à droite. Le signe de Bonnet est négatif.

Les réflexes rotuliens sont égaux et vifs ainsi que les achilléens, les plantaires se font en flexion, les crémastériens et abdominaux sont plus vifs à droite qu'à gauche.

La radiographie des vertèbres lombaires ne montre pas de lésion nettement appréciable; il semble exister une

ébauche de spina bifida occulta de la première pièce sacrée.

Du côté des *divers appareils*, signalons une constipation opiniâtre ayant duré jusqu'à 7 à 8 jours, ayant résisté à plusieurs purgations et n'ayant cédé qu'à l'huile de croton. Absence de trouble cardio-respiratoires (Tension Mx17, mn8 au Pachon). Pas de troubles urinaires (ni sucre ni albumine).

Le séro de Wright est positif jusqu'au 1/300 dans le sang, négatif au 1/150 dans le liquide C. R.. Ce sero de Wright joint à la persistance de cette fébricule et au début nettement pyrétique de la maladie signe la nature mélitococcique de ce rhumatisme vertébral. Le liquide CR est normal 1,6 lymphocyte, 0 gr. 25 d'albumine.

Le malade travaille dans une ferme de la banlieue où se trouve une chèvre. Il ne paraît pas y avoir eu d'infection mélitococcique dans la famille du fermier.

Chev... ne consomme pas de lait ni de fromage frais, mais il manipule le fumier et donne ses soins à la chèvre.

Le malade est traité durant les mois d'août et le début de septembre par des injections de vaccin anti-mélitococcique. Pendant une semaine il prend 1 gr. de quinine par jour à cause de la persistance d'une fièvre irrégulière ne dépassant pas 38°.

Du 12 au 30 septembre, il fait une onde fébrile à type rémittent avec un maximum de 39°5, hémoculture en bile négative et séro négatif pour l'Eberth et les para. Rate augmentée de volume. Cette fièvre résiste à un nouveau traitement, quinine, institué durant 8 jours en raison du paludisme ancien.

L'autohémothérapie pratiquée à la fin de l'onde ther-

mique à raison de 4 injections de 10 cc à deux jours d'intervalle chacune ne met pas fin à l'état subfébrile qui se maintient entre 37 et 38° jusqu'au 15 octobre.

Chev... recommence une nouvelle onde irrégulière d'un mois de durée avec maximum à 38°5. Au milieu d'octobre nous notons l'état suivant.

Rachis. — Raideur de tout le segment lombaire dans les mouvements antéro-postérieurs et latéraux avec percussion et ébranlement douloureux de L3 L4 qui sont le siège de douleurs splontanées moins intenses cependant qu'au début de la maladie et plus marquées le soir après la fatigue de la journée. Il existe toujours un douleur spontanée et une douleur à la pression de la partie moyenne de la crête iliaque droite nettement en dehors de l'articulation sacro-iliaque qui n'est pas douloureuse à la mobilisation. Les douleurs lombaires ne s'irradient pas spontanément dans les fesses.

Membres inférieurs. — Force normale, pas d'atrophie de la fesse, mais contractions musculaires assez vives par la percussion au marteau.

La manœuvre de Lasègue réveille la douleur lombaire et la douleur iliaque sans irradiations dans la fesse ni dans le sciatique; la flexion forcée de la cuisse sur le bassin est indolore.

Les réflexes rotuliens, achilléens et plantaires sont égaux et normaux des deux côtés ainsi que les abdominaux et les crémastériens.

Du côté des *membres supérieurs le* malade accuse depuis deux ou trois semaines quelques douleurs dans les mouvements en avant ou en arrière de l'épaule gauche,

laquelle présente un point algique précis à la partie antérieure de l'articulation.

Face. — Les pupilles sont égales, régulières et contractiles. Il n'y a pas de leucophasie. L'appétit est conservé, il n'y a plus de constipation; pas de signes respiratoires, tachycardie d'effort à 115 après quelques minutes de marche.

Nouvelle *radiographie*. Pas de modifications des vertèbres lombaires.

Nouveau Wright positif franc à 1/300 positif, partiel à 1/500.

Une hémoculture en bouillon faite le 19 octobre au moment où le malade commençait une nouvelle onde fébrile donne, après repiquage sur divers milieux et notamment sur milieu T, « une culture pure d'un coco-bacille en amas, chaînettes irrégulières en V, parfois capsulé, Gram positif, présentant les caractères morphologiques et fermentatifs de l'entérocoque ». (Rouslacroix.)

Le malade reste à la clinique de neurologie jusque vers la fin de décembre, toujours légèrement pyritique, le soir 38°, 38°2, 38°4.

Janvier 1924. — Il continue à présenter de la douleur et de la raideur lombaire quoique plus atténuée qu'au début.

On lui a fait ces derniers temps des injections de lipiodol des masses musculaires sacro-lombaires et dans le voisinage de la crête iliaque.

Nous avons appris qu'il a fait un séjour assez prolongé dans un autre service hospitalier avec état subfébrile et lombalgie.

Observation 5

Spondylithe mélitococcique lombaire de longue durée, survenue au cours d'une fièvre à poussées fébriles nombreuses ne pouvant être cliniquement attribuée qu'à la fièvre de Malte en raison de la profession du malade (berger), de l'apparition d'une orchite, malgré un séro de Wright négatif (recherché avec une culture défectueuse).

Pas de radiographie.

Dans le liquide C R., pas d'hyperalbuminose.

Ther... Emile, berger, 64 ans. Entre à l'hôpital suburbain de Montpellier le 17 octobre 1911, dans la clinique du professeur Rauzier, où nous étions alors chef de clinique, pour des douleurs lombaires durant depuis trois semaines.

Antécédents. — Pas de maladie antérieure, éthylisme accentué, 2 enfants bien portants, pas de syphilis connue.

Histoire de la maladie. — A la fin du mois de juin le malade ressent de l'asthénie et peut-être un léger état fébrile suivi d'une tuméfaction douloureuse passagère du genou droit. En août, poussée fébrile plus intense avec sueurs accusées, sans aucune localisation pulmonaire ou d'autre nature. Les douleurs lombaires qu'il accuse sont particulièrement vives depuis trois semaines gênant la mobilisation du rachis, s'irradiant parfois en ceinture, mais sans irradiations aux membres inférieurs. Le malade n'a pas d'appétit et présente une constipation légère, pas de troubles sphinetériens, ses urines contiennent des traces notables d'albumine. La température oscille autour de 38°, le pouls est à 60.

L'examen des *divers appareils* est négatif.

La colonne lombaire est rigide, le malade a de la peine à s'asseoir dans son lit les jambes étendues, il n'y a pas de saillies anormales, la pression du sacrum et des lombes est particulièrement douloureuse.

Les réflexes rotuliens sont normaux. Le réflexe plantaire se fait en flexion.

Le liquide C.R. est normal, il n'y a pas d'hyperleucocytose.

Le malade continue à faire des poussées fébriles irrégulières sans aucun symptôme localisateur, mais avec des sueurs plus ou moins abondantes, qui, rapprochées de ses algies et de sa profession de berger, imposent le diagnostic clinique de mélitococcie. Un séro de Wright, pratiqué avec une culture qui ne donnait pas toujours des résultats concordant avec la clinique, est alors négatif.

Le diagnostic est cependant maintenu en raison de la réaction fébrile persistante et de l'apparition d'une orchite droite avec gonflement très marqué de l'épidyme (une grosse mandarine). Douleurs relativement peu intenses sauf à la pression, pas d'épanchement de la vaginale. Cette orchite, survenue pendant le séjour à l'hôpital et alors que le malade n'a aucune trace d'écoulement urétral, nous paraît pathognomonique de la mélitococcie.

Fin décembre, la température disparaît.

Fin janvier 1912, nous notons la persistance et même l'accentuation des douleurs lombaires avec irradiations en demi-ceinture et parfois irradiations dans le membre inférieur gauche. La douleur s'accentue par les mouvements, aussi le malade qui présente par ailleurs une lé-

gère faiblesse des membres inférieurs se meut difficilement, à pas mesurés, et ne sort pas de la salle; la raideur du rachis lombaire est particulièrement accusée, si bien que le malade ne peut se courber; cette tentative détermine des douleurs violentes.

Il existe à cette époque une exagération nette des *réflexes* rotuliens qui sont polycinétiques. Il n'y a pas de clonus du pied. Le réflexe plantaire se fait en flexion.

Il n'y a aucun signe du côté des poumons ou des autres appareils.

Durant les mois de février et de mars les douleurs lombaires s'atténuent, le malade a moins de difficulté pour marcher. Au début d'avril on note encore des douleurs lombaires, de l'exagération des réflexes rotuliens, achilléens et du clonus du pied. Le réflexe plantaire se fait en flexion des deux côtés.

Au début de mai il existe encore un point douloureux de la région lombo-sacrée qui va en s'atténuant.

Le malade quitte le service à peu près guéri le 1^er^ juin 1912.

CONCLUSIONS

Parmi les complications articulaires de la mélitococcie, l'une des plus sérieuses en raison de ses phénomènes douloureux et de sa durée est la localisation vertébrale.

Celle-ci survient à une période avancée de la maladie, exceptionnellement au début. Elle siège à peu près exclusivement à la région lombaire. Elle se traduit par une raideur considérable, immobilisant le malade, par des irradiations douloureuses d'ordre funiculaire. Souvent s'y associent des symptômes d'irritation pyramidale et une réaction méningée parfois accusée avec dissociation albumino-cytologique.

Cette localisation est particulièrement tenace, elle dure souvent plusieurs mois.

Le traitement par la vaccinothérapie a paru donner dans quelques cas de bons résultats. Il y a lieu d'y associer une immobilisation plus ou moins complète au moins à la période aigüe.

Vu le Doyen: ROGER.

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris,
LAPIE.

Vu, le Président de thèse:
SICARD

BIBLIOGRAPHIE

AUBERT, P. CANTALOUBE, THIBAULT. — Une épidémie de fièvre de Malte dans le département du Gard. *Société de biologie*, 15 janvier 1910.

BERTHON. — Spondylite typhique. Thèse de Montpellier, 1922-1923.

BRUCE. — Sur une nouvelle forme de fièvre rencontrée sur les bords de la Méditerranée. *Annales de l'Institut Pasteur*, 1903.

BURNET. — Sur un type d'arthrite constaté fréquemment chez les cobayes infectés par le micrococcus mélitensis. *Académie des Sciences*, 3 avril 1922.

CANTALOUBE. — Une épidémie de fièvre de Malte en France. *Montpellier Médical*, 20 février 1910.

CHÉNISSE. — Spondylite infectieuse. *Semaine Médicale*, 1903.

DUBOIS. — (Chef du service vétérinaire du Gard). Etudes sur la Fièvre de Malte. Rapport au conseil général, 1910.

EYRE. — The Milroy lectures ou Melitensis Septicœmia, Lancet, 1908.

GUILLOT. — Pseudo-coxalgie méditerranéenne. Association pour l'avancement des sciences, 1908.

GUYARD. — Le diagnostic de la spondylite typhique. Thèse de Paris, 1921.

LAGRIFFOUL, ARNAL et H. ROGER. — La fièvre de Malte dans l'Hérault. *Société de Biologie*, 7 janvier 1910.

— Pseudo-rhumatisme méditerranéen. *Gazette des Hôpitaux*, 14 juin 1910.

— Fièvre de Malte et Dothiénentérie.

LANCE et JAUBERT. — *Revue de Chirurgie*, juillet-août 1919.

LAVENTURE J. R. — Les déterminations articulaires de la Fièvre de Malte. Thèse de Montpellier, 1922-1923.

OLMER. — Mélitococcie et tuberculose. *Marseille médical*, 25 octobre 1925.

RAUZIER et H. ROGER. — Un cas de fièvre de Malte d'une durée de plus de six mois. Association de la fièvre typhoïde. *Montpellier Médical*, 3 avril 1910.

RAUQUE et SÉNEZ. — Deux cents cas de fièvre de Malte en Provence. *Marseille Médical*, 15 juin 1923.

— La Mélitococcie en Provence au cours de ces dernières années. *Marseille Médical*, 25 octobre 1925.

ROGER H. — La Fièvre de Malte. *Gazette des Hôpitaux*, 22 et 29 janvier 1910.

— Article. Fièvre de Malte. Traité de pathologie médicale. Collection Sergent, tome XV, page 495.

— Mal de Pott avec paraplégie et mélitococcie. *Marseille Médical*, 25 octobre 1925.

SICARD. — Article. Fièvre de Malte. Pratique médico-chirurgicale, Paris 1907, p. 71.

SICARD et LUCAS. — Fièvre de Malte avec contrôle bactériologique, guérison. *Société médicale des Hôpitaux*, 1909.

SICARD. — Les sciatiques (funiculites). Discussion à la Société de neurologie, 1912-1913.

SICARD et FORESTIER. — Exploration radiologique par l'huile iodée.

Angoulême. — IMPRIMERIE CENTRALE